23－06 こども手当・医療給付課
16－04 障害福祉課

障 害 者
四日市市 一人親家庭等 医療費受給資格変更届出書
子 ど も

年　　月　　日

四 日 市 市 長

住 所 四日市市

申請者　　氏 名
（対象者・保護者）

電 話

受給資格の内容等について、下記のとおり変更がありましたので、受給資格証を添えて届出します。

記

受給資格証番号	受給者氏名	生年月日

届出事項	変更前	変更後			
受給者の住所		（　．　．　異動）			
受給者の氏名		（　．　．　異動）			
加入医療保険	変更後				
	被保険者（世帯主）（組合員）	氏名		生年月日	続柄
		保険の種類	国民健康保険 ・国民健康保険組合 ・ 健康保険（社保） ・ 共済組合（公務員） ・ その他		
	□添付の「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」等のコピーのとおり ※保険者名、記号・番号、資格取得日が記載されているもの				
	□個人番号による確認を希望する				

支払金融機関の変更

変更後の支払金融機関	銀　行 信用金庫 農　協	支　店 支　所 出張所	普通	店番号		
				口座番号		
	ふりがな 口座名義人			続柄		

受付印

受付者

四日市市処理欄

□ 窓口変更交付済　　□ 郵送　　□ こども手当・医療給付課

□ 障害福祉課